



**CanCOVID**  
COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE  
CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

## Note d'enjeux

### **Impact des mesures de santé publique restrictives sur les résidents des établissements de soins de longue durée, leurs familles et le personnel soignant**

---

Ont contribué à ce document : Christine Chan, Rosa Stalteri, Clémence Ongolo Zogo, Nathan Stall, Susan Law

20 octobre 2021

## Résumé exécutif

Au début de la pandémie, un nombre disproportionné de résidents d'établissements de soins de longue durée (ÉSLD) au Canada sont morts de la COVID-19<sup>51</sup>. Ces décès ont eu un impact dévastateur. Les taux de mortalité dans les ÉSTD ont atteint jusqu'à 64 %<sup>54</sup>, alors que les taux de mortalité annuels avant la pandémie se situaient entre 27 % et 52 %<sup>55,56,57</sup>.

Les différentes vagues de la pandémie de COVID-19 ont entraîné l'imposition, la levée et, dans certains cas, la réimposition de mesures de santé publique restrictives dans les établissements de soins de longue durée. Ces mesures comprenaient des restrictions concernant les visiteurs, les déplacements du personnel et des résidents, et la suspension des activités de loisirs. La question de l'efficacité de ces mesures – à savoir si elles ont permis de réduire la transmission de la COVID-19 – dépasse le cadre de cette Note d'enjeux. Le présent document décrit l'impact des mesures restrictives sur les résidents des établissements de soins, les familles et le personnel. Il cherche en outre à répondre à la question suivante :

**Quel est l'impact des mesures restrictives de santé publique relatives à la COVID-19 sur les résidents des établissements de soins de longue durée, leurs familles et le personnel des établissements, en termes de répercussions psychosociales, financières et sur la prestation de soins ?**

Les principales conclusions sur les impacts des mesures restrictives de santé publique dans les ÉSLD sont les suivantes :

- **Impact sur les résidents : ceci comprend la solitude aiguë, la dépression, les problèmes d'humeur et de comportement, ainsi que l'aggravation des signes et symptômes de démence.** Nombre de ces problèmes existaient déjà avant la pandémie et ont été aggravés par les mesures restrictives. Les résidents souffrant de troubles cognitifs et de démence ont rarement fait l'objet d'études : on en sait donc moins sur les répercussions sur ce groupe, si ce n'est que l'on reconnaît qu'il y a eu une augmentation significative de l'utilisation de médicaments psychotropes pendant la pandémie.
- **Impact sur les familles et les amis en tant que soignants : ceci comprend les impacts psychologiques et les impacts liés à la perturbation de leur rôle de soignants.** Les familles subissent un double traumatisme, car elles sont affectées par les répercussions sur leurs proches et elles souffrent également de leur propre douleur psychologique. Les soins et le soutien informels fournis par les familles et amis sont considérés comme vitaux pour les résidents. Or, lorsque des restrictions ont empêché les familles et amis de fournir ces soins, cela a été durement ressenti par les résidents (qui ont vu leur bien-être décliner) et par le personnel (qui s'est retrouvé sans l'aide supplémentaire fournie par les familles).
- **Impact sur le personnel : le personnel dans les ÉSLD a également subi des impacts psychologiques et des impacts liés aux changements dans son rôle, aux processus de soins et à l'augmentation de la charge de travail.** Les répercussions psychologiques différaient de celles chez les membres de la famille en ce sens que le personnel avait des angoisses particulières liées au fait d'être les exécutants de politiques restrictives, d'être blâmé pour l'introduction et la propagation de la COVID-19 et d'être démoralisé par la couverture médiatique négative des établissements de soins de longue durée par rapport à la reconnaissance héroïque accordée aux travailleurs hospitaliers.
- **Impact sur la sécurité et les droits : il est nécessaire de trouver un équilibre, de planifier de manière proactive et d'atténuer les risques.** En raison des impacts significatifs, il est nécessaire de « trouver un équilibre » entre la sécurité et les droits<sup>33,34</sup>. Beaucoup de personnes s'accordent à dire que les mesures qui augmentent l'isolement doivent être accompagnées de mesures d'atténuation ou d'une préparation proactive pour augmenter le personnel et les processus de travail

afin de s'adapter aux mesures. Il est nécessaire d'adopter une approche équilibrée, permettant d'empêcher l'introduction de la COVID-19 dans les ÉSLD, et de faire en sorte que les familles fournissent aux résidents les contacts, le soutien et les soins dont ils ont tant besoin. Selon la plupart des articles examinés, il faut éviter les interdictions globales de visite.

- **Impact des vaccinations sur les cas et les décès : il faut se concentrer davantage sur la lutte contre les infections que sur les mesures restrictives.** Compte tenu de l'émergence de données probantes relatives à l'impact positif de la vaccination sur les cas et les décès dans les ÉSLD, on pourrait mettre relativement davantage l'accent sur les mesures de contrôle des infections que sur les mesures restrictives, en se concentrant plutôt sur le masquage, la distanciation physique et l'hygiène des mains<sup>47</sup>. Cependant, le traumatisme occasionné récemment par les infections et les décès dans les établissements de soins de longue durée pourrait empêcher les ÉSLD et les familles de mettre pleinement en œuvre et d'apprécier des mesures moins restrictives, même lorsqu'elles sont en mesure de le faire. Les médias rapportent déjà que de nombreuses personnes sont « vaccinées et demeurent toujours seules et confinées à l'intérieur »<sup>48</sup>.

## Limites

- Des informations pertinentes peuvent avoir été manquées étant donné que la recherche et la rédaction de cette Note d'enjeux ont été effectués dans un délai très court.
- Nous n'avons pas évalué la qualité des données.
- Compte tenu de l'état des données, certaines informations et considérations clés sont basées sur des témoignages anecdotiques et relèvent donc de l'opinion d'experts plutôt que de données probantes.
- Seules des ressources en langue anglaise ont été consultées.

## Recherches à l'avenir et lacunes dans les connaissances

Il faudra effectuer des recherches à l'avenir afin de vérifier les points suivants :

- Les impacts sur les résidents des ÉSLD qui sont atteints de démence, puisque la majorité des études qualitatives interrogent des résidents *non atteints* de démence.
- L'impact des restrictions sur le personnel des ÉSLD, qui est principalement composé de femmes issues de groupes minoritaires, pour lesquelles il existe des associations connues telles un taux de rotation élevé, de faibles salaires, ainsi qu'un manque de soutien institutionnel et sociétal.
- Les influences culturelles sur la façon dont les mesures restrictives sont perçues par différents groupes – par exemple, certaines cultures asiatiques acceptent plus facilement les mesures restrictives dans les ÉSLD.
- Les impacts financiers des restrictions sur les soignants et le personnel en ce qui concerne, par exemple, le manque à gagner, la précarité de l'emploi et la réduction du soutien financier – ces sujets ayant fait l'objet de peu d'études jusqu'à présent.
- L'impact de l'utilisation des technologies de communication à distance sur l'amélioration de la santé mentale des résidents, puisque ces technologies sont considérées comme une alternative aux visites en personne. Les enquêtes directes auprès des résidents sur la satisfaction et l'impact de ces technologies sur leur santé mentale sont rares.
- L'impact des restrictions autres que les restrictions de visite, ce sujet ayant fait l'objet de peu d'études. Il s'agit notamment de l'impact de la restriction des déplacements et des transports (une telle restriction pouvant à son tour affecter l'accès aux soins et aux services de santé), et de la restriction des activités des résidents (y compris les activités récréatives et les repas en commun).
- L'impact de l'âgisme dans la conception et la mise en œuvre des mesures restrictives dans les établissements de soins. L'âgisme est considéré par certains experts comme un système de croyances qui encourage la dévalorisation des personnes âgées, maintient le sous-investissement dans les établissements de soins et influence la conception des mesures restrictives.

## Introduction

Les établissements de soins de longue durée au Canada et ailleurs ont largement suivi, ou ont été encouragés à suivre, les conseils de l'Organisation mondiale de la santé et de leurs gouvernements – des conseils visant à imposer des mesures de santé publique restrictives lors des premières vagues de la pandémie de COVID-19. Ces recommandations comprenaient des restrictions sur les visites, la distanciation physique, l'isolement et la restriction des déplacements ou du transport<sup>1</sup>. Le présent document cherche à répondre à la question suivante :

### **Quel est l'impact des mesures restrictives de santé publique relatives à la COVID-19 sur les résidents des établissements de soins de longue durée, leurs familles et le personnel des établissements, en termes des répercussions psychosociales, financières et sur la prestation de soins ?**

Au début de la pandémie, un nombre disproportionné de résidents d'établissements de soins de longue durée (ÉSLD) au Canada sont morts de la COVID-19<sup>51</sup>. Cela a eu un effet dévastateur. Les taux de mortalité dans les ÉSLD ont atteint jusqu'à 64 %<sup>54</sup>, alors que les taux de mortalité annuels avant la pandémie se situaient entre 27 % et 52 %<sup>55,56,57</sup>.

Rétrospectivement, compte tenu de la morbidité et de la mortalité élevées, les mesures de santé publique ont peut-être été initialement trop prescriptives. Certains experts y ont vu une réponse réactive : une « surcompensation » d'une mauvaise planification par l'imposition de « politiques réactives excessivement restrictives »<sup>2</sup>. Pourtant, l'histoire des éclosions d'autres infections nous apprend que les mesures restrictives peuvent contribuer à des résultats négatifs pour les patients, les familles et les soignants, malgré la motivation initiale derrière de telles mesures qui consistait à préserver la sécurité de tous<sup>3</sup>.

La question de l'efficacité de ces mesures – à savoir si elles ont permis de réduire la transmission du SRAS-CoV-2 – dépasse le cadre de cette Note d'enjeux, qui se concentre sur les répercussions des mesures sur les plans psychosocial, financier et en termes de prestation de soins. Toutefois, il est à noter que l'assouplissement des restrictions, plus précisément des restrictions relatives aux visites aux Pays-Bas, en Allemagne et à Hong Kong, n'a pas entraîné d'infections supplémentaires, à condition que des mesures de contrôle des infections aient été mis en place<sup>46,52,53</sup>.

En outre, une préimpression d'un examen rapide en Colombie-Britannique a noté que les visiteurs n'étaient pas les vecteurs les plus courants des infections ; dans la plupart des éclosions (76 %), le premier cas de COVID-19 était un membre du personnel ; dans 22 % des éclosions, un résident était le premier cas ; il n'y a eu qu'une seule éclosion où le premier cas confirmé était un visiteur<sup>25</sup>. Cependant, il existe des témoignages anecdotiques de gestionnaires d'établissements de soins attribuant des infections aux visiteurs avant l'introduction de restrictions<sup>10</sup>.

De toutes les mesures restrictives introduites au départ, les restrictions liées à la politique des visiteurs pour les résidents des ÉSLD ont été les plus critiquées en termes d'effets néfastes ultérieurs. Pour certains, la mise en œuvre des restrictions relatives aux visiteurs a été considérée précipitée et effectuée sans discernement, en particulier lors des premières vagues. Il a été recommandé de restreindre et d'éviter autant que possible l'accès aux visiteurs dans les établissements de soins de longue durée<sup>1</sup>. La raison en était que les visiteurs étaient considérés comme des vecteurs potentiels de l'introduction de l'infection dans les établissements et de sa transmission à l'ensemble de la communauté<sup>4,5</sup>.

Cependant, au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, les politiques restrictives ont été modifiées et assouplies, car des témoignages anecdotiques et des données scientifiques relatifs aux effets néfastes sont apparus, montrant la nécessité d'équilibrer l'application de mesures restrictives afin de contrôler la transmission de personne à personne de la COVID-19 et de minimiser les hospitalisations et les décès avec les conséquences et les risques pour la santé entraînés par de telles mesures elles-mêmes. Cela a conduit à la conception et à l'introduction d'initiatives d'atténuation des risques. En prévision de ces

impacts négatifs, les organisations de défense des droits et les organisations professionnelles ont publié des conseils pour aider à la prise de décision et à la conception de protocoles<sup>6</sup>.

## Méthodes

Des recherches ont été menées dans les bases de données et les sources suivantes pour trouver des données relatives à l'impact des mesures restrictives de santé publique dans les établissements de soins de longue durée, jusqu'au 13 septembre 2021 : LitCovid (la plateforme de littérature sur la COVID-19 préparée par PubMed), Trip Database, la base de données de l'OMS Global Literature on Coronavirus Disease, Cochrane, PROSPERO International Prospective Registry of Systematic Reviews, Centre for Reviews and Dissemination (R-U), COVID-END, la base de données de l'ICIS sur différents sujets liés à la COVID-19, la base de données « Long-Term Care Responses to COVID-19 », le Centre for Evidence-Based Medicine, Epistemonikos, l'« Agency for Healthcare Research & Quality Evidence-Based Reports », le « Evidence Synthesis Network », Google Scholar ainsi que la base de données de l'organisme Excellence en santé Canada. Une recherche de littérature grise a également été effectuée.

Les termes de recherche et les critères d'inclusion se trouvent à l'annexe 1, ainsi que des détails sur le type d'étude ou de revue, le sous-groupe étudié et les types de mesures restrictives couverts. De plus amples informations sur les articles inclus peuvent être consultées à l'annexe 2.

**Entretiens** : Des chercheurs spécialisés dans les soins de longue durée ont également été interrogés afin de sonder leur avis sur l'état actuel des données probantes sur ce sujet. Ces « informateurs clés » ont été sélectionnés sur la base des résultats de recherche pertinents et de leur disponibilité pour l'entretien, étant donné le court délai de production de ce document. Voir l'annexe 3 pour de plus amples détails sur les informateurs clés interrogés.

## Limites

- Des informations pertinentes peuvent avoir été manquées étant donné que la recherche et le rapport ont été réalisés dans un délai très court.
- Nous n'avons pas évalué la qualité des données.
- Compte tenu de l'état des données, certaines informations et considérations clés sont basées sur des témoignages anecdotiques et relèvent de l'opinion d'experts plutôt que de données probantes.
- Seules des ressources en langue anglaise ont été consultées.

## Résultats

Les résultats sont présentés ci-dessous en trois sections, selon le groupe de population touché, et en termes de l'impact sur les résidents, les membres de la famille et le personnel.

### 1. L'impact sur les résidents

Quatre dimensions principales de l'impact psychologique sur les résidents ont été décrites: 1) La solitude aiguë<sup>9,10,11,12,13,14</sup> qui peut être une exacerbation d'une solitude préexistante<sup>15,16</sup>; 2) La dépression qui peut être une exacerbation d'une dépression préexistante<sup>4,9,10,11,14,17,18</sup>; 3) Les problèmes d'humeur et de comportement, y compris l'anxiété, l'agitation, l'irritabilité et l'agressivité<sup>4,9,10,11,14,17,18,19</sup>; et 4) L'aggravation des signes et des symptômes de la démence<sup>18</sup>.

Un expert a fait le commentaire suivant à propos de l'état des résidents des établissements de SLD pendant la pandémie : « ils n'étaient plus eux-mêmes »<sup>38</sup>. La plupart des articles inclus dans cette étude attribuent les impacts ci-dessus à une seule mesure : les politiques de visite restrictives. L'impact de ces politiques a directement touché les résidents. Certains experts pensent qu'une philosophie âgiste sous-tend les interdictions générales de visite initiales, puisque nous ne ferions « jamais aux enfants ce que

nous avons fait aux adultes plus âgés »<sup>38</sup>. En comparant cette mesure à des restrictions similaires concernant les visiteurs pendant l'épidémie de SRAS en 2002, les experts ont noté qu'une planification proactive avait été mise en place pour atténuer les risques et les préjudices attendus pour les patients pédiatriques<sup>38</sup>.

L'impact des politiques de visite a également touché directement les membres de la famille, beaucoup de personnes d'offusquant du terme « visiteurs » qui dévalorisait leur rôle primordial dans la vie de leur proche. L'impact sur les membres de la famille est abordé dans la section suivante.

Par rapport à ces quatre dimensions principales (c'est-à-dire les impacts liés à la solitude, à la dépression, à l'humeur/au comportement et à la démence) abordées dans de multiples articles, les questions suivantes ont été traitées principalement par des études uniques et des commentaires. Elles peuvent donc être considérées comme des impacts relativement peu étudiés :

- **La perte d'indépendance et de mobilité**<sup>4,18</sup>
- **La santé physique**, y compris aggravation des conditions de santé, avec augmentation de la douleur physique et des symptômes, détérioration de l'état nutritionnel et de l'hydratation, perte de poids<sup>11,18,20,21,22,23,24</sup>
- **L'augmentation de la peur**, notamment du personnel portant des masques, et peur de la mort<sup>4,12</sup>
- **L'utilisation accrue de médicaments psychotropes**, en particulier pour les résidents atteints de démence<sup>2,25,26,37</sup>. En Colombie-Britannique, par exemple, on a constaté que l'utilisation de médicaments psychotropes avait augmenté de 7 % en raison de la pandémie, une augmentation significative attribuée aux restrictions de visite. Les experts ont déploré cet anéantissement des efforts visant à corriger le mouvement de balancier de la surconsommation de psychotropes chez les résidents des établissements de soins infirmiers, comme l'a fait remarquer le British Columbia Seniors Advocate : « La COVID a anéanti tous les acquis obtenus jusqu'ici »<sup>27</sup>.
- **Le délire**. Des rapports provenant d'établissements de soins de longue durée en Italie suggèrent que jusqu'à 50 % des résidents d'établissements de soins de longue durée présentaient un délire hypokinétique superposé à la démence (par exemple, les résidents refusant de s'alimenter et ayant du mal à sortir du lit) attribué aux restrictions de santé publique<sup>28</sup>.
- **La réduction des capacités cognitives**<sup>2,11,17</sup>
- **Des difficultés de communication et de capacité à prendre des décisions** ou à faire en sorte que les membres de la famille agissent en tant que décideurs de substitution<sup>29</sup>.
- **L'insatisfaction et la frustration** à l'égard de la situation de vie<sup>11</sup>. Les commentaires et les témoignages anecdotiques fournis par des organisations de défense des droits décrivent comment la quantité de vie a été privilégiée par rapport à la qualité de vie, la santé physique par rapport au bien-être psychologique, et la mortalité par rapport à la morbidité<sup>15</sup>. Lorsqu'on leur a posé la question, les résidents d'une enquête se sont montrés moins craintifs qu'attendu à l'idée de contracter la COVID-19, 41 % d'entre eux n'étant « pas du tout inquiets » et 33 % seulement « un peu inquiets »<sup>27</sup>.
- **L'impact financier**. Une étude a révélé que la diminution du soutien financier avait le plus d'impact sur les personnes âgées<sup>30</sup>.
- **Le risque accru de mortalité** non due à la COVID-19, y compris la croyance que certains ont « simplement baissé les bras et sont morts parce qu'ils n'étaient pas capables de supporter le stress et la solitude »<sup>12</sup>.
- **Des impacts disproportionnés sur les résidents marginalisés**. Il existe peu de données sur l'impact des mesures restrictives sur les résidents dont la langue principale n'est pas parlée par le personnel ; ces résidents sont moins à même de comprendre la situation et d'avoir recours à des alternatives telles que les médias sociaux, le téléphone ou la vidéoconférence<sup>18</sup>.

## 2. L'impact sur les membres de la famille

Les soignants familiaux constituent le groupe de population le plus étudié en termes d'impact des mesures restrictives dans les établissements de SLD, parmi les articles inclus dans le présent document. Il existe des données solides dans la littérature sur l'association entre l'implication de la famille et la qualité de vie des résidents des établissements de SLD, ainsi que sur le rôle vital que jouent les membres de la famille dans les établissements de SLD. Voilà pourquoi les experts demandent que la création de conseils de famille dans chaque établissement de soins (selon le modèle de l'Ontario) soit exigée dans les autres provinces<sup>37</sup>.

Les membres de la famille sont très affectés par les restrictions imposées aux ÉSLD. Leur anxiété immédiate était souvent centrée sur le résident, en particulier sur son stress psychologique, ses soins et ses activités quotidiennes<sup>4,32</sup>. De leur côté, les membres de la famille ont également subi des conséquences qui leur étaient propres. En tant que « main-d'œuvre invisible », les membres de la famille fournissaient souvent des soins et un soutien directs aux résidents : la perte de cette main-d'œuvre a exercé une pression supplémentaire sur les ÉSLD, qui étaient peut-être déjà à court de personnel avant la pandémie de COVID-19<sup>38</sup>. Les impacts ressentis par les membres de la famille décrits dans les articles inclus comprenaient les impacts psychologiques et les impacts liés à la prestation de soins.

### Impact psychologiques

- Perte de compagnie<sup>18</sup>.
- Perte du rôle de soignant<sup>18</sup>.
- Deuil compliqué et sentiment d'échec<sup>38</sup>:
  - Deuil lié à l'impossibilité de rendre visite à un résident en phase palliative ou décédé pendant la pandémie<sup>4,25</sup>; les femmes constituaient le principal groupe de personnes décédées et ne pouvaient exprimer leur volonté au cours de la dernière semaine de vie – seuls 13 % des proches étaient présents au moment du décès<sup>4</sup>.
  - Chagrin dû à la détérioration de l'état du résident, qui ne reconnaît plus ses proches<sup>18</sup>.
- Inquiétude, anxiété, incertitude quant aux restrictions et à l'évolution de l'environnement de soins<sup>11</sup>.
- Besoin d'obtenir de l'information chez les prestataires de soins<sup>11</sup>.
- Culpabilité et honte d'avoir admis ses parents âgés dans un ÉSLD juste avant la pandémie de COVID-19<sup>38</sup>.
- Les impacts sont pires pour les membres de la famille des résidents atteints de démence. Soixante-dix pour cent des résidents des ÉSLD sont atteints de démence<sup>39</sup>; 79 % des membres de la famille des personnes atteintes de démence sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise santé mentale au cours du dernier mois que les personnes non soignantes<sup>40</sup>.

### Impacts liés à la prestation de soins

Les soignants et les familles se sont sentis insatisfaits des soins en raison des restrictions<sup>4</sup>, ont estimé que le soutien du personnel des établissements de soins était insuffisant pour pouvoir agir correctement en tant que soignants<sup>4</sup>, et en outre, les membres de la famille ont eu l'impression que leur capacité à fournir des soins et un soutien, ou à agir en tant que décideurs de substitution pour le résident, était contrariée<sup>21,22,23,24</sup>. Les résultats concernant d'autres impacts dans les articles inclus étaient limités, mais comprenaient :

- **Qualité de vie des soignants familiaux.** Les soignants familiaux ont déclaré avoir une faible qualité de vie, un déclin de l'humeur, des activités de la vie quotidienne et de la cognition, ce qui s'apparente au « concept du deuxième patient » dans les milieux hospitaliers<sup>11</sup>. Les experts notent que l'arrêt des activités signifie que seul le lit et le corps sont fournis, et que beaucoup mangent seuls tous les jours

<sup>37</sup>.

- **Impacts financiers.** Un seul article mentionne la nécessité de mettre en place des politiques qui aident les membres de la famille à concilier leur travail et leurs responsabilités en matière de soins, par exemple en versant des paiements directs aux soignants<sup>4</sup>.
- **Impact sur les soignants familiaux ou amis des résidents marginalisés.** Les soignants familiaux, et même les soignants amis (puisque tous ne sont pas liés par le sang) aident à assurer que tous les résidents reçoivent des soins culturellement sûrs et appropriés, en particulier les résidents LGBTQ2S+ et autochtones et/ou ceux qui faisant face à des barrières linguistiques. Aucune étude n'en fait état, bien qu'un document d'orientation aborde ce point<sup>33</sup>.
- **Anxiété concernant la possibilité de mauvais traitements ou de négligence.** Les membres de la famille et les soignants non rémunérés s'inquiètent de la façon dont leurs proches sont traités sans qu'ils puissent surveiller la situation sur place. Il s'agit notamment des risques de déshydratation, de faim, de négligence et de maltraitance<sup>2,11,35,36,37,38</sup>.

Tout comme la famille est souvent considérée comme le « deuxième patient » dans les établissements de soins aigus, les experts soulignent la nécessité de prendre soin des soignants familiaux eux-mêmes dans les établissements de SLD<sup>41</sup>.

### 3. Impact des mesures restrictives sur le personnel

#### Impacts psychologiques

- Stress émotionnel lié au fait de devoir appliquer des mesures restrictives et de devoir faire face à des réactions de colère selon lesquelles les restrictions sont injustes<sup>18</sup>.
  - Un article a fait état de l'impossibilité d'appliquer les mesures restrictives et de l'incapacité du personnel à isoler les résidents qui, par exemple, marchent dans un but précis ou errent, ainsi que des difficultés liées à la tentative de se conformer à des directives changeantes émises par différentes instances<sup>35,42</sup>.
  - Les médecins des établissements de soins ont perçu les politiques de visite restrictives comme n'étant pas de leur ressort, alors qu'en même temps ils étaient tenus responsables de la mise en œuvre de ces politiques. La détresse morale était intense lorsqu'il s'agissait de soigner des résidents dont l'espérance de vie était limitée, car les médecins s'efforçaient de faire des évaluations cliniques pour permettre des exceptions. Ces dilemmes avaient un impact émotionnel profond sur les médecins<sup>34</sup>.
- Le fardeau émotionnel et le traumatisme vicariant résultant de la prise en charge de résidents confrontés à un isolement, une maladie et un décès important, et devant assumer des rôles supplémentaires habituellement attendus des membres de la famille<sup>18, 19</sup>.
- Les médecins des ÉSLD ont décrit des sentiments de culpabilité, d'insécurité et de frustration : en outre, ils ont eu le sentiment de fournir des soins sous-optimaux aux résidents. Certains ont dit se réveiller inquiets au milieu de la nuit. Les médecins ont utilisé des expressions telles que « marché du diable », « inacceptable », « poignant », « inhumain » et « injustifié » pour décrire certains des dilemmes auxquels ils étaient confrontés<sup>34</sup>.
- Appréciés comme essentiels, mais craints (comme vecteur) et blâmés pour la pandémie.
  - On considérait que les travailleurs dans les établissements de SLD assuraient un service essentiel et devaient donc continuer à travailler. Cependant, ils ont également été blâmés, car les déplacements du personnel dans les ÉSLD entre leur communauté et les établissements de soins étaient considérés comme présentant le plus grand risque d'infection. Les membres de la famille étaient anxieux, s'emportant et blâmant le personnel lorsque les membres de leurs familles résidant dans les ÉSLD tombaient malades ou mouraient. Ainsi, les membres du personnel qui mettaient leur propre santé en péril étaient critiqués au lieu d'être soutenus<sup>12</sup>.
  - Le personnel a décrit l'impact démoralisant de la couverture médiatique négative des établissements de soins par rapport à la reconnaissance publique héroïque accordée au personnel hospitalier<sup>19</sup>.

### Impacts sur les rôles du personnel et la prestation des soins

La littérature a souligné que le travail dans les établissements de soins de longue durée est difficile pour les raisons suivantes :

- Les directives des autorités étaient parfois confuses ou contradictoires<sup>19</sup>. Les experts notent que certains employés ont développé une « méfiance sévère envers le gouvernement »<sup>38</sup>.
- Le manque de communication organisationnelle et de travail en équipe a entravé la capacité à travailler dans des circonstances difficiles<sup>19</sup>.
- Le manque de temps et de formation, qui a laissé le personnel mal préparé à faire face au nouvel environnement de travail et l'a en outre forcé à concevoir des solutions de rechange<sup>12</sup>, a donné au personnel le sentiment d'être « complètement débordé »<sup>38</sup>.
- L'absentéisme du personnel a été observé, « un exode du personnel »<sup>38</sup>, certains établissements de SLD se démenant avec des effectifs « squelettiques »<sup>38</sup>, possiblement en raison de la peur de contracter le virus et de le transmettre à un proche, ou en raison d'un approvisionnement insuffisant en équipements de protection individuelle (ÉPI)<sup>7</sup>, ou encore en raison d'une détresse morale<sup>38</sup>.
- La difficulté à concilier qualité des soins et mesures de protection. Soixante-dix pour cent des résidents des établissements de soins infirmiers sont atteints de démence<sup>39</sup> et ceux-ci ont besoin de l'aide de plusieurs membres du personnel par rapport aux personnes vivant dans la communauté et souffrant de démence<sup>42</sup>.
- L'aggravation de la charge de travail et les problèmes de stress et d'épuisement professionnel ont été constatés avant même l'apparition de la pandémie.
- De nombreux visiteurs familiaux réguliers qui fournissaient des soins essentiels non rémunérés aux résidents des établissements de soins avant la pandémie n'étaient plus en mesure de le faire<sup>10,26,37</sup>, ce qui a entraîné une augmentation de la charge de travail du personnel. Les soignants familiaux des personnes atteintes de démence fournissent généralement plus de 20 heures de soins par semaine et de nombreux employés des établissements de soins de longue durée ne sont pas formés pour fournir des soins de qualité aux personnes atteintes de démence<sup>39</sup>.
- La gestion de visites sécuritaires nécessite du temps et des ressources supplémentaires<sup>26</sup>.
- Les pénuries de personnel ont entraîné une augmentation de la charge de travail et un épuisement professionnel<sup>18,19,35</sup>.
- À cela s'ajoute le manque de capacité de récupération et de repos. En raison de la pénurie généralisée de personnel, les employés n'ont pas la possibilité d'utiliser les congés dus, mais non pris, le cas échéant<sup>7</sup>.
- Du stress lié au fait de s'en remettre aux « normes de crise », notamment en prolongeant l'utilisation et la réutilisation des équipements de protection individuelle<sup>19</sup>.
- L'augmentation de la charge de travail due à l'obligation d'informer les membres de la famille des résidents et d'organiser les contacts à l'aide de plateformes virtuelles<sup>43</sup>.

### Sur le plan financier

- L'impact financier sur le personnel n'est que très peu abordé dans les articles inclus dans le présent document, même s'il est bien connu que de nombreux employés disposent de bas salaires et d'avantages limités<sup>20</sup>. Les niveaux élevés d'insatisfaction et d'anxiété du personnel des ÉSLD existaient déjà avant la pandémie, de nombreux membres du personnel ayant plusieurs emplois et jusqu'à 20 % d'entre eux s'inquiétant de la sécurité alimentaire<sup>7</sup>. Comme l'a dit un expert, « il y a un coût financier » et nous devons « compenser » les travailleurs<sup>38</sup>.
- Dans le cadre d'une étude menée au Royaume-Uni, 43 % des responsables ont décrit des pénuries de personnel et 30 % des établissements de SLD dépendaient encore d'un personnel qui travaillait sur plusieurs sites. Bien que certains aient dit comprendre les raisons pour lesquelles le personnel travaillait sur plusieurs sites, aucun article consulté dans le cadre de cette Note d'enjeux n'a étudié l'impact des restrictions obligeant le personnel à travailler sur un site unique : 73% le font pour des raisons financières<sup>49</sup>. Selon un commentaire, les résidents ont perdu leurs membres du personnel préférés lorsque le personnel a été contraint de choisir de continuer à travailler sur un seul site, plutôt que de partager leur temps entre de multiples employeurs<sup>38</sup>.

- Certains établissements ont mis les membres du personnel non essentiels en « mise à pied temporaire » afin de réduire le nombre de personnes entrant dans les locaux<sup>12</sup>.
- Le personnel étant considéré comme un vecteur de transmission, certains établissements de soins ont proposé à leurs employés de dormir chez eux ou de les transporter à l'aller et au retour dans des véhicules privés afin de réduire le risque d'infection par les transports publics. Pour les travailleurs souhaitant éviter les transports publics, les coûts supplémentaires associés à un autre moyen de transport étaient à leur charge si leur établissement de soins ne fournissait pas de soutien financier<sup>12</sup>.

Les données relatives à l'impact sur le personnel reposent en grande partie sur des enquêtes qualitatives et des études de cas. Dans la littérature grise, une certaine attention a été accordée à l'impact des restrictions sur le personnel. La faible attention accordée à l'impact financier est particulièrement remarquable.

Les questions d'équité sont pertinentes puisqu'une grande partie du personnel est constituée de femmes issues de minorités, pour lesquelles il existe des associations connues telles un taux de rotation élevé, de faibles salaires, des avantages minimes, un manque de soutien institutionnel et sociétal, et une autonomie limitée<sup>20</sup>. Ces facteurs représentent des défis supplémentaires qui s'ajoutent à la tâche difficile qui consiste à trouver un équilibre entre leur propre bien-être et leur sécurité, le bien-être et la sécurité des résidents, tout en maintenant une réponse robuste à la transmission virale<sup>20</sup>. Il serait bénéfique d'effectuer des recherches à l'avenir sur l'impact sur le personnel composé majoritairement de femmes issues de groupes minoritaires.

#### 4. Autres considérations clés

##### Différences dans les perceptions culturelles des restrictions

Deux articles inclus ont abordé des aspects culturels dignes d'intérêt. Une étude taïwanaise a montré que de nombreux proches acceptaient et soutenaient la suspension des visites<sup>32</sup> alors qu'une étude thaïlandaise a montré que les résidents souffraient le plus de la diminution du soutien financier et de la limitation de la liberté, mais que le stress psychologique était relativement *faible*<sup>30</sup>. Ces résultats suggèrent que la détresse psychologique associée à la pandémie n'est peut-être pas un phénomène universel. Il serait bénéfique d'effectuer des recherches à l'avenir sur les influences culturelles dans la façon dont les mesures restrictives sont perçues, et les impacts financiers qui en résultent.

##### L'impact et la satisfaction relatifs aux technologies de communication à distance ne sont pas évidents

Bien que les moyens de communication électroniques soient présentés comme des moyens d'accroître les liens pendant la pandémie, une étude a montré que le fait de recevoir des nouvelles sur la COVID-19 par le biais des médias sociaux augmentait le risque de troubles psychologiques et était associé de manière indépendante au stress post-traumatique et à la dépression<sup>30</sup>.

L'utilisation de technologies virtuelles telles que FaceTime et Zoom offre des opportunités d'interaction sociale pendant le confinement. Or, la mise en œuvre de telles technologies peut être limitée et problématique en raison de l'illettrisme informatique ainsi que la charge de travail du personnel assistant l'interaction virtuelle. Ceci a donc un effet indéterminé sur les résultats de santé mentale<sup>31</sup>.

## Conclusion

Lorsque les mesures de santé publique restrictives sont considérées nécessaires dans l'intérêt de protéger le public, elles impliquent des conséquences. Des actions proactives et atténuantes peuvent aider à atténuer et à se préparer aux impacts négatifs associés à ces mesures<sup>38</sup>.

Il est possible d'atténuer les mauvais résultats en matière de santé mentale par une intervention réfléchie et une évaluation continue<sup>7</sup>. Un certain nombre de documents d'orientation décrivent comment atténuer les mesures restrictives de santé publique<sup>7,33</sup> y compris les recommandations du Comité permanent

interorganisations (IASC) dans le document *Addressing mental health and psychological aspects of COVID-10 outbreak*<sup>44</sup>.

D'autres documents inclus recommandent des visites sécurisées sur place, ces visites pouvant être adaptées selon les niveaux locaux de transmission communautaire et conçues en consultation avec les résidents, les familles, le personnel et les autorités sanitaires<sup>26</sup>. Les établissements de SLD, le personnel et les familles ont presque unanimement demandé qu'on mette fin aux interdictions générales de visite ou à les éviter. Une étude consultée recommande de prendre une approche progressive, fondée sur les données et atténuant les risques<sup>26</sup>.

Bien que les technologies virtuelles puissent améliorer l'interaction sociale pendant la pandémie, elles restent problématiques et d'un usage limité, car elles dépendent des connaissances en informatique et de la disponibilité du personnel.

La pandémie évolue à un rythme plus rapide que le processus de recherche formel. Cependant, une étude a montré qu'il est possible de mettre en œuvre des mesures de contrôle de l'infection efficaces et de permettre les visites en même temps<sup>46</sup>. À un niveau plus fondamental, l'opinion des experts souligne l'importance des droits des résidents en vertu de la loi, de recevoir des visiteurs dans leur propre maison<sup>45</sup>, et la nécessité d'être conscient des valeurs âgistes lors de la conception et de la mise en œuvre de mesures de santé publique restrictives dans les établissements de soins<sup>38</sup>.

## Références

1. World Health Organization. (2020). Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Chu CH, Wang J, Fukui C, Staudacher S, A Wachholz P, Wu B. The Impact of COVID-19 on Social Isolation in Long-term Care Homes: Perspectives of Policies and Strategies from Six Countries. *Journal Aging & Social Policy* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 11];1–15. Disponible à: <https://dx.doi.org/10.1080/08959420.2021.1924346>
3. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2003 May 13 [cited 2021 Sep 20];168(10):1245–51. Disponible à: <https://www.cmaj.ca/content/168/10/1245>
4. Veiga-Seijo R, Miranda-Duro MDC, Veiga-Seijo S. Strategies and actions to enable meaningful family connections in nursing homes during the COVID-19: A Scoping Review. *Clinical Gerontology*. 2021 Jun 25;1–11.
5. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 May 21 [cited 2021 Sep 18];382(21):2005–11. Disponible à: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
6. British Geriatrics Society. 2020. COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. <https://www.bgs.org.uk/resources/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes>
7. Giri S, Chenn LM, Romero-Ortuno R. Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*. 2021 Jun 16
8. Canadian Institute for Health Information. 2021. The Impact of COVID-19 on Long-Term Care in Canada: Focus on the First 6 Months. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-en.pdf>
9. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, et al. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Nov 1;21(11):1569–70. Disponible à: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
10. Comas-Herrera A, Salcher-Konrad M, Baumbusch J, Farina N, Goodman C, Lorenz-Dant K, Low L-F. Rapid review of the evidence on impacts of visiting policies in care homes during the COVID-19 pandemic. *LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*. 2020.
11. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021 Sep;121:104000.
12. Jacobs R, Ashwell A, Docrat S, Schneider M. The Impact of Covid-19 on Long-term Care Facilities in South Africa with a specific focus on Dementia Care. *LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, 10 July 2020. Available at: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID-19-Long-Term-Care-Situation-in-South-Africa-10-July-2020.pdf>

13. Hua CL, Thomas KS. Coronavirus Disease 19 (COVID-19) Restrictions and Loneliness Among Residents in Long-Term Care Communities: Data From the National Health and Aging Trends Study. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2021 Sep 11];22(9):1860–1. Disponible à: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(21\)00600-9/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(21)00600-9/abstract)
14. Anand JC, Donnelly S, Milne A, Nelson-Becker H, Vingare E-L, Deusdad B, et al. The covid-19 pandemic and care homes for older people in Europe - deaths, damage and violations of human rights. *European Journal of Social Work* [Internet]. 2021 Aug 12 [cited 2021 Sep 11];0(0):1–12. Disponible à: <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1954886>
15. Chu CH, Donato-Woodger S, Dainton CJ. Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Sep 20];76(10):2456–9. Disponible à: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14467>
16. Quan, N. G., Lohman, M. C., Resciniti, N. V., & Friedman, D. B. (2020). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 24(12), 1945–1955. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673311>
17. Bethell J, Aelick K, Babineau J, Bretzlaff M, Edwards C, Gibson J-L, et al. Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 13];22(2):228-237. e25. Disponible à: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861020309919>
18. Tupper SM, Ward H, Parmar J. Family Presence in Long-Term Care During the COVID-19 Pandemic: Call to Action for Policy, Practice, and Research. *Canadian Geriatrics Journal* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Sep 11];23(4):3siz–9. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7704077/>
19. White EM, Wetle TF, Reddy A, Baier RR. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Sep 11];22(1):199–203. Disponible à: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020309877>
20. Freidus A, Shenk D, Wolf C. A Rapid Qualitative Appraisal of the Impact of COVID-19 on Long-term Care Communities in the United States: Perspectives from Area Aging Staff and Advocates. *Human Organization* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 11];313–22. Disponible à: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1102891>
21. Reinhard, S., K. Drenkard, R. Choula and A. Curtis. 2020 July 15. Alone and Confused: The Effects of Visitor Restrictions on Older Patients and Families.. Disponible à: <https://blog.aarp.org/thinking-policy/alone-and-confused-the-effects-of-visitor-restrictions-on-older-patients-and-families>
22. Taniguchi, A. 2020 April 2. COVID-19 Visitor Restrictions Are Isolating Seniors. Retrieved January 23, 2021. *Healthy Debate*. Disponible à: <https://healthydebate.ca/2020/04/topic/covid-19-visitor-restrictions-isolating-seniors/>
23. Wakam, G.K., J.R. Montgomery, B.E. Biesterveld and C.S. Brown. 2020. Not Dying Alone – Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine* 382: e88. doi:10.1056/NEJMp2007781.

24. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). 2020a, October. Psychological and Social Effects and Implications of Isolation for Long-Term Care Residents: Synopsis of Reference Search Results. Retrieved January 26, 2021.
25. Office of the Seniors Advocate British Columbia. November 3, 2020. Staying Apart to Stay Safe: The Impact of Visit Restrictions on Long-Term Care and Assisted Living Survey.
26. Low L-F, Hinsliff-Smith K, Sinha S, Stall N, Verbeek H, Siette J, Dow B, Backhaus R, Devi R, Spilsbury K, Brown J, Griffiths C, Bergman C, Comas- Herrera A 2021. Safe visiting at care homes during COVID-19: A review of international guidelines and emerging practices during the COVID-19 pandemic. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE.
27. Culbert, L. COVID-19: More care home residents given 'potentially inappropriate' mood-calming drugs in 2020, data suggests. Vancouver Sun [Internet]. 2021 Feb 12 [cited 2021 Sept 18]. Disponible à: <https://vancouversun.com/health/seniors/covid-19-more-care-home-residents-given-potentially-inappropriate-mood-calming-drugs-in-2020-data-suggests>
28. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 May [cited 2021 Sep 19];7(5):387–8. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185948/>
29. Chisholm M, Kalsi M, Kelly M, Elogoodin B, Stack B, Green D. A Novel Illness, a Novel Communications Approach. HSS Journal [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 20];16(S1):137–40. Disponible à: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1007/s11420-020-09803>
30. Srifuengfung M, Thana-udom K, Ratta-apha W, Chulakadabba S, Sanguanpanich N, Viravan N. Impact of the COVID-19 pandemic on older adults living in long-term care centers in Thailand, and risk factors for post-traumatic stress, depression, and anxiety. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Sep 11];295:353–65. Disponible à: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721008491>
31. Baxter, L. F. A Hitchhiker's Guide to Caring for an Older Person before and during Coronavirus-19, Gender, Work & Organization 2020. <http://10.0.4.87/gwao.12470>.
32. Yeh T, Huang H, Chang Y, et al. Family members' concerns about relatives in long-term care facilities: Acceptance of visiting restriction policy amid the COVID -19 pandemic. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 18];20(10):938–42. Disponible à: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.14022>
33. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. Journal of American Medical Directors Association. 2020 Oct;21(10):1365-1370.e7.
34. Sizoo EM, Monnier AA, Bloemen M, Hertogh CPM, Smalbrugge M. Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physicians. Journal of American Medical Directors Association [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 11];1774-1781.e2. Disponible à: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.024>
35. Rajan S, Mckee M. Learning From the Impacts of COVID-19 on Care Homes: A Pilot Survey. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 9 June 2020. Available at: [https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Learning-From-the-Impacts-of-COVID-19-on-Care-Homes-A-Pilot-Survey\\_June12.pdf](https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Learning-From-the-Impacts-of-COVID-19-on-Care-Homes-A-Pilot-Survey_June12.pdf).

36. Lorenz-Dant K, Comas-Herrera A. The Impacts of COVID-19 on Unpaid Carers of Adults with Long-Term Care Needs and Measures to Address these Impacts: A Rapid Review of Evidence up to November 2020. *Journal of Long-Term Care* [Internet]. 2021 May 14 [cited 2021 Sep 13];(2021):124–153. Disponible à: <http://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.76/>
37. Baumbusch J. Impact of restrictive public health measures on long-term care residents, family, and staff. [Personal interview, 16 Sept] Toronto; 2021 (Unpublished).
38. Chu C. Impact of restrictive public health measures on long-term care residents, family, and staff. [Personal interview, 17 Sept] Toronto; 2021 (Unpublished).
39. Hsu AT, Lane N. Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes — ongoing challenges and policy response [Internet]. Resources to support community and institutional Long-Term Care responses to COVID-19. 2020 [cited 2021 Sep 20]. Disponible à: <https://ltccovid.org/2020/04/15/impact-of-covid-19-on-residents-of-canadas-long-term-care-homes-ongoing-challenges-and-policy-response/>
40. French M. Dementia challenges in Long-Term Care [Internet]; 2020 May 19; Alzheimer's Association [cited 2021 Sept 20]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=5uIF9wBXGik>
41. Brodaty H, & Donkin M. Family caregivers of people with dementia. 2009. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
42. McGuire L. Dementia challenges in Long-Term Care [Internet]; 2020 May 19; Alzheimer's Association [cited 2021 Sept 20]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=5uIF9wBXGik>
43. Giebel, C., Cannon, J., Hanna, K., Butchard, S., Eley, R., Gaughan, A., Komuravelli, A., Shenton, J., Callaghan, S., Tetlow, H., Limbert, S., Whittington R., Rogers, C., Rajagopal, M., Ward, K., Shaw, L., Corcoran, R., Bennett, K. & Gabbay, M. (2020) 'Impact of COVID-19 Related Social Support Service Closures on People with Dementia and Unpaid Carers: A Qualitative Study', *Ageing & Mental Health*: 1–8.
44. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Interim Briefing Note. Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. [Internet]. 2020 February [cited 2021 Sept 20]. Disponible à: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>
45. Government of Ontario. COVID-19 guidance document for long-term care homes in Ontario. 2021. <https://www.ontario.ca/page/covid-19-guidance-document-long-term-care-homes-ontario>
46. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTCM, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Jul [cited 2021 Sep 16];21(7):900–4. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294280/>
47. Ward, H; Tupper, S; Boden, C; Dalidowicz, M; Mueller, M. What impact does COVID-19 vaccination have on visitation policies and transmission rates in LTC? 2021 Mar 29; Document no.: LTC012501 RR. In: COVID-19 Rapid Evidence Reviews [Internet]. SK: SK COVID Evidence Support Team, c2020. 44 p. (CEST rapid review report)

48. Porter C. Elderly, vaccinated and still lonely and locked inside. *The New York Times*. 2021 Mar 9 [cited 2021 Sept 19] Disponible à: <https://www.nytimes.com/2021/03/09/world/canada/canada-nursing-home-vaccine.html>
49. Duan Y, Iaconi A, Song Y, Norton PG, Squires JE, Keefe J, et al. Care Aides Working Multiple Jobs: Considerations for Staffing Policies in Long-Term Care Homes During and After the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Sep 11];21(10):1390–1. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7472068/>
50. Eggert S, Teubner C, Budnick A, Gellert P. & Kuhlmeier A. Pflegende Angehörige in Der COVID-19-Krise - Ergebnisse Einer Bundesweiten Befragung. 2020. Available at: <https://www.zgp.de/wpcontent/uploads/ZQP-Analyse-AngehörigeCOVID19.pdf>
51. Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, McCreedy J, Tuite AR. Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada. *JAMA Network Open*. 2020;3(7):e2015957. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.15957
52. Heudorf U., Müller M., Schmehl C. COVID-19 in long-term care facilities in Frankfurt am Main, Germany: Incidence, case reports, and lessons learned. *GMS Hygiene and Infection Control*. 2020;15:Doc26.
53. Chow L. Care homes and COVID-19 in Hong Kong: How the lessons from SARS were used to good effect. *Age and Ageing*. 2021;50:21–24.
54. Government of Ontario. How Ontario is responding to COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 October 4]. Disponible à: <https://www.ontario.ca/page/how-ontario-is-responding-covid-19>
55. Statistics Canada. Census in brief: A portrait of the population aged 85 and older in 2016 in Canada, census year 2016 [Internet]. 2019 [cited 2021 October 4]. Disponible à: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-eng.cfm> 3.
56. Jayaraman J, Joseph K. Determinants of place of death: A population-based retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*. 2013;12(1).
57. Canadian Institute for Health Information. Profile of residents in residential and hospital based continuing care, 2017-2018 [Internet]. 2020. Disponible à: <https://www.cihi.ca/en/search?query=quick+stats+continuing+care&Search+Submit=>
58. Kaasalainen S, McCleary L, Vellani S, Pereira J. Improving End-of-Life Care for People with Dementia in LTC Homes During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Canadian Geriatrics Journal*. 2021 Sep;24(3):164–9.

## Annexe 1 : De plus amples informations concernant les articles inclus

### Informations détaillées sur la recherche de littérature universitaire et grise

Voici les termes de recherche clés en anglais que nous avons utilisés ainsi que les critères d'inclusion que nous avons appliqués, lors de la recherche de littérature universitaire et grise.

Termes de recherche clé en anglais	Critères d'inclusion
"Long-term care" ou "Care home" ou "Nursing home" "Public health measures" ou "measures" "Restrict*" ou "restrictions" "impact" "review" "coronavirus" et variants	Studies impact of measures Studies impact on residents or families/unpaid caregivers or staff Published or pre-printed in 2020 or 2021 English language article

Traduction française des termes de recherche et des critères d'inclusion ci-dessus :

Termes de recherche clé en français	Critères d'inclusion
« Soins de longue durée » ou « Établissements de soins » ou « Maison de soins » « Mesures de santé publique » ou « mesures » « Restrict* » ou « restrictions » « impact » « examen » « coronavirus et variants »	Études de l'impact des mesures Études de l'impact sur les résidents ou les familles/les soignants non rémunérés ou le personnel Publié ou préimprimé en 2020 ou 2021 Article en langue anglaise

Lorsqu'elles étaient signalées, les données sur l'approche de l'examen, la conception de l'étude, le cadre, la juridiction, la population étudiée et le type d'impacts ont été extraites. Nous avons résumé les résultats de manière narrative en raison de la diversité des méthodes dans les articles inclus.

Au total, 1 621 documents ont été identifiés, 68 d'entre eux ayant été examinés pour leur pertinence et 24 ayant été inclus. La liste des articles inclus figure à l'[Annexe 2](#).

### Principales caractéristiques des articles inclus

Les 24 articles inclus se répartissent comme suit :

- Sept d'entre eux sont des examens (par exemple, examen de la portée, examen rapide) ;
- Dix d'entre eux sont des études, principalement des enquêtes qualitatives ou des études de cas ;

- Deux d'entre eux sont des documents de politique ou d'orientation ; et
- Deux d'entre eux sont des commentaires.

Tableau 1 : Articles par groupe affecté et type d'impact

<b>Impacts sur le groupe dans le cadre des soins de longue durée</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Résidents	22
Familles	23
Personnel	13
<b>Type d'impact</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Psychosocial	23
Soins	23
Financier	2

Comme le montre le tableau 1, les articles accordent davantage d'attention à l'impact sur les résidents et les familles qu'au personnel, et accordent davantage d'attention à l'impact psychologique et sur les soins qu'à l'impact financier.

Tableau 1: Forte attention accordée à l'impact des politiques de visite, et relativement peu d'attention accordée aux autres mesures restrictives

<b>Type de mesure restrictive étudiée</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Politiques de visite restrictives	24
Obligation pour le personnel travaillant dans les établissements de soins de longue durée de travailler sur un seul site	2
Restriction des activités et des interactions des résidents dans le établissement de soins	2
Mesures d'isolement et de regroupement en cohortes	1
Restriction du transport des résidents vers et depuis les établissements de soins aigus	1

Presque tous les articles étaient axés sur les politiques restrictives en matière de visites, mais très peu d'entre eux accordaient de l'attention aux impacts des mesures d'isolement et de regroupement en cohorte<sup>7</sup>, ainsi qu'à la restriction du transport des résidents vers et depuis l'hôpital pour obtenir des soins médicaux<sup>8</sup>.

## Bref aperçu de la nature des données retrouvées, et des commentaires concernant ces dernières

Bien que l'évaluation formelle de la qualité des données n'ait pas été possible en raison du délai serré de production de cette Note d'enjeux, certaines observations sont faites ici sur la qualité et les limites des articles inclus.

La plupart des articles inclus portant sur l'impact sur les résidents étaient basés sur des données provenant non pas directement des résidents, mais plutôt de la perception détenue par le personnel ou les soignants de l'impact sur les résidents. Les experts attribuent cet état de fait à l'inaccessibilité du patient pendant la pandémie, mais aussi à la difficulté d'enquêter et d'interroger les personnes vivant dans des établissements de SLD<sup>37</sup>.

Bien que 70 % des résidents des établissements de soins infirmiers soient atteints de démence<sup>39</sup>, et malgré les données indiquant qu'une plus grande proportion de soignants de personnes atteintes de démence font état de sentiments négatifs que les soignants de personnes ayant d'autres besoins en matière de soins<sup>50</sup>, les études se focalisant sur les participants résidents n'ont interrogé que des résidents sans déficience cognitive, ce qui signifie qu'il y a une sous-représentation de la majorité des résidents.

Selon certaines indications, ces mesures ont un impact particulièrement sévère sur les personnes atteintes de démence et qui résident dans des établissements de soins : par exemple, certaines de ces personnes atteintes de démence ne comprennent pas pourquoi leurs familles ne viennent plus les voir. Un rapport de la *COVID-19 et le groupe de travail sur les troubles neurocognitifs* axé sur les questions de fin de vie dans le contexte de la pandémie a recommandé que la planification de la fin de vie dans le contexte de COVID-19 soit renforcée dans l'intérêt des résidents atteints de démence, de leurs familles et du personnel<sup>58</sup>.

Il est nécessaire de réaliser davantage d'études sur les personnes atteintes de démence dans les établissements de soins afin d'évaluer l'impact sur la majorité des résidents. En n'interrogeant que les résidents sans troubles cognitifs, les études se concentrent sur le sous-groupe minoritaire des établissements de soins : ceux qui répondent et sont en mesure d'agir en tant que participants ou sujets seront ceux qui sont capables de se débrouiller davantage en termes de soins personnels, de toilette et d'alimentation, et plus susceptibles de posséder et d'utiliser un téléphone personnel et d'avoir recours aux vidéoconférences Zoom ou FaceTime<sup>25</sup>.

Les méthodologies d'enquête sont également biaisées par l'utilisation de l'internet, du téléphone ou des enquêtes sur papier. Elles sont également limitées aux personnes qui communiquent avec leur proche dans la langue dominante (l'anglais). Ceci signifie qu'il y a une sous-représentation des soignants qui ne communiquent pas en anglais et qui ne peuvent pas accéder à l'internet, au téléphone ou à la poste.

Les 24 articles inclus comprenaient sept examens. Selon ces examens (c'est-à-dire les examens de la portée ou les examens rapides), la principale limite était le petit nombre d'études, les petits échantillons et le manque de capacité à généraliser les résultats. Cependant, il est remarquable de constater que les problèmes psychosociaux apparaissent systématiquement comme des impacts significatifs chez les résidents, les familles et le personnel.

Les 24 articles inclus comprenaient dix enquêtes. Elles consistaient principalement en des enquêtes qualitatives et des rapports de cas, certaines d'entre elles adoptant des méthodologies quantitatives telles que l'utilisation de scores cognitifs, fonctionnels et de dépression<sup>17</sup>. Une fois encore, les problèmes psychosociaux apparaissent systématiquement comme des impacts sur les résidents, les familles et le personnel.

**Annexe 2 : Liste des articles inclus**

No.	Type de données	Auteurs, pays couverts	Ressource	Année
1.	Examen de la portée	Bethell et al, plusieurs pays	Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19 (Le lien social dans les établissements de soins de longue durée : Un examen de la portée de la recherche publiée sur les impacts sur la santé mentale et les stratégies potentielles pendant la COVID-19 2021)	2021
2.	Examen de la portée	Shamik et al, plusieurs pays	Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses (Les établissements de SLD pendant la pandémie de COVID-19 : un examen de la portée des défis et des réponses)	2021
3.	Examen de la portée	Veiga-Seijo, Rachel, plusieurs pays	Strategies and actions to enable meaningful family connections in nursing homes during the COVID-19: A Scoping Review (Stratégies et actions pour permettre des liens familiaux significatifs dans les établissements de soins pendant la COVID-19 : Un examen de la portée)	2021
4.	Examen rapide	Comas-Herrera, plusieurs pays	Rapid review of the evidence on impacts of visiting policies in care homes during the COVID-19 pandemic (Examen rapide des données sur l'impact des politiques de visite dans les établissements de soins pendant la pandémie de COVID-19)	2020
5.	Examen rapide	Lorenz-Dant et Comas-Herrera	The impacts of COVID-19 on unpaid carers of adults with long-term care needs and measures to address these impacts: a rapid review of evidence up to November 2020 (Les impacts de la COVID-19 sur les soignants non rémunérés auprès d'adultes ayant des besoins en soins de longue durée et les mesures visant à remédier à ces impacts : un examen rapide des preuves jusqu'en novembre)	2021
6.	Examen	Low et al, plusieurs pays	Safe visiting at care homes during COVID-19: A review of international guidelines and emerging practices during the COVID-19 pandemic (Des visites sécuritaires dans les établissements de SLD pendant la COVID-19 : Un examen des directives internationales et des pratiques émergentes pendant la pandémie de COVID-19)	2021
7.	Examen	Hugelius et al, plusieurs pays	Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review (Conséquences des restrictions de visites pendant la pandémie de COVID-19 : Un examen par intégration)	2021
8.	Examen	Suarez-Gonzalez	Detrimental effects of confinement and isolation on the cognitive and psychological health of people living with dementia during COVID-19: emerging evidence (Effets néfastes du confinement et de l'isolement sur la santé cognitive et psychologique des personnes atteintes de démence pendant la pandémie de COVID-19 : données émergentes)	2020
9.	Étude utilisant des données	Hua, Cassandra	Coronavirus Disease 19 (COVID-19) Restrictions and Loneliness among residents in long-term care communities: Data from the National Health and Aging Trends Study	2021

No.	Type de données	Auteurs, pays couverts	Ressource	Année
	représentées au niveau national		(COVID-19 : Restrictions et solitude chez les résidents des communautés de soins de longue durée : Données de l'étude nationale sur les tendances en matière de santé et de vieillissement)	
10.	Étude	Sizoo et al, Pays-Bas	Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physicians (Dilemmes posés par les politiques de visite restrictives dans les examens de la portée de la SLD néerlandais pendant la pandémie de COVID-19 : Une analyse qualitative d'un questionnaire ouvert auprès des médecins de soins aux personnes âgées)	2020
11.	Étude	Anand et al, plusieurs pays européens	The covid-19 pandemic and care homes for older people in Europe - deaths, damage and violations of human rights (La pandémie de COVID-19 et les établissements de soins pour personnes âgées en Europe – décès, dommages et violations des droits de la personne)	2021
12.	Étude	Srifuengfung et al, Thaïlande	Impact of the COVID-19 pandemic on older adults living in long-term care centers in Thailand, and risk factors for post-traumatic stress, depression, and anxiety (Impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées vivant dans des centres de soins de longue durée en Thaïlande, et facteurs de risque de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété)	2021
13.	Étude	Pereiro et al, Espagne	Impact of the COVID-19 Lockdown on a Long-Term Care Facility: The Role of Social Contact (Impact du confinement lors de la COVID-19 sur un établissement de soins de longue durée : Le rôle du contact social)	2021
14.	Étude	Freidus et al, É-U	A Rapid Qualitative Appraisal of the Impact of COVID-19 on Long-term Care Communities in the United States: Perspectives from Area Aging Staff and Advocates (Une évaluation qualitative rapide de l'impact de la COVID-19 sur les communautés de SLD aux États-Unis : Perspectives du personnel et des défenseurs des personnes âgées par région)	2020
15.	Étude	White et al, É-U	Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic (Expériences du personnel de première ligne des établissements de soins infirmiers pendant la pandémie de COVID-19)	2021
16.	Étude	Van der Roest et al, Pays-Bas	The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands (L'impact des mesures COVID-19 sur le bien-être des résidents âgés des établissements de soins de longue durée aux Pays-Bas)	2020
17.	Étude	McArthur et al, Canada	Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Long-Term Care Residents' Mental Health: A Data-Driven Approach in New Brunswick (Évaluation de l'effet du confinement pendant la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des résidents des établissements de soins de	2021

No.	Type de données	Auteurs, pays couverts	Ressource	Année
			longue durée : Une approche axée sur les données au Nouveau-Brunswick)	
18.	Étude	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Canada	The Impact of COVID-19 on Long-Term Care in Canada: Focus on the First 6 Months (Les soins de longue durée et la COVID-19 : les 6 premiers mois)	2021
19.	Étude	Rajan et Mckee	Learning From the Impacts of COVID-19 on Care Homes: A Pilot Survey (Tirer des leçons des impacts de la COVID-19 dans les établissements de SLD : Une enquête pilote)	2020
20.	Étude	Office of the Seniors Advocate, Colombie-Britannique	Staying Apart to Stay Safe: The Impact of Visit Restrictions on Long-Term Care and Assisted Living Survey (Demeurer à part, afin de demeurer en sécurité : enquête sur l'impact des restrictions de visite dans le contexte des SLD et de l'aide à la vie autonome ( <i>en anglais seulement</i> ))	2020
21.	Document d'orientation	Stall et al, Canada	Finding the Right Balance: An Evidence-Informed Guidance Document to Support the Re-Opening of Canadian Nursing Homes to Family Caregivers and Visitors during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic (Trouver le bon équilibre : Un document d'orientation fondé sur des données probantes pour soutenir la réouverture des établissements de SLD canadiens aux soignants familiaux et aux visiteurs pendant la pandémie de coronavirus 2019)	2020
22.	Examen des politiques	Jacobs et al	The Impact of Covid-19 on Long-term Care Facilities in South Africa with a specific focus on Dementia Care (Impact de la COVID-19 sur les établissements de soins de longue durée en Afrique du Sud, mettant l'accent particulier sur les soins aux personnes atteintes de démence)	2020
23.	Commentaire de six experts provenant de six pays	Chu, Charlene	The Impact of COVID-19 on Social Isolation in Long-term Care Homes: Perspectives of Policies and Strategies from Six Countries (L'impact de la COVID-19 sur l'isolement social dans les examens de la portée de SLD : Perspectives des politiques et stratégies dans six pays)	2020
24.	Commentaire provenant de la Saskatchewan, Canada	Tupper, Susan	Family Presence in Long-Term Care During the COVID-19 Pandemic: Call to Action for Policy, Practice, and Research (La présence de la famille des les ÉSLD pendant la pandémie de COVID-19 : Appel à l'action pour la politique, la pratique et la recherche)	2020

**Annexe 3 : Experts interrogés**

Nom, lettres postnominales	Affiliations
<b>Jennifer Baumbusch</b> , RN, PhD	Professeure agrégée Chaire des IRSC en science du sexe et du genre La dynamique de la prestation de soins dans une société vieillissante École des sciences infirmières Université de la Colombie-Britannique
<b>Charlene Chu</b> , RN, GNC(c), PhD	Professeure adjointe Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg Université de Toronto  Nomination conjointe, Institut du cours de la vie et du vieillissement Université de Toronto  Scientifique affiliée KITE-Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network, Toronto, ON M5G 2A2  Président, Groupe d'intérêt sur la recherche en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario